

- 6) J. MARTIN y J. DECHAUME. — Les tumeurs glomiques.
Annales d'Anatomie pathologique. 1925. (2), pág. 239.
- 7) ROXBURGH. — British Journal Dermatology. 1927, pág. 112.
- 8) SEQUEIRA. — Disease of the Skin. 1919. pág. 524.
- 9) A. U. FERNANDEZ y J. L. MONSERRAT. — Nódulos dolorosos de la oreja.
Semana Médica, 49, año 1931.
- 10) J. A. BARRE. — Sur certaines symphalgies de la périphérie des des membres. Leurs traitement chirurgical simple.
Paris Médical. 1922, pág. 311.
- 11) FOESTER. — Archives of Dermatology and Syphilology.
1918. XXXVI, pág. 154.
1925. XI, pág. 149.
1925. XI, pág. 152.
- 12) WINKLER. — Archiv für Dermatologie und Syphilis.
1915. CXXI, pág. 278.
- 13) A. G. PIGEARD DE GURBERT. — Un nodule douloureux de l'oreille.
Thèse de Bordeaux. 1927-1928. N.º 18.
- 14) ASSEN PRODANOFF. — Sur la localisation des tumeurs glomiques.
Annales d'Anatomie pathologique. 1927. pág. 147.
- 15) PEDRO CHUTRO. — Tumor subungueal. Glomus. Angiosarcoma?
Libro de Jubileo del Prof. H. Hartmann, pág. 111.
- 16) LUDOVICO FACIÓ. — Tumor subungueal doloroso.
Revista de Dermatología de Buenos Aires, 1927-1928, pág. 34.

Tratamiento del varicocele por el procedimiento de Posadas

Por el Dr. ATILIO J. COSTA (de Buenos Aires)

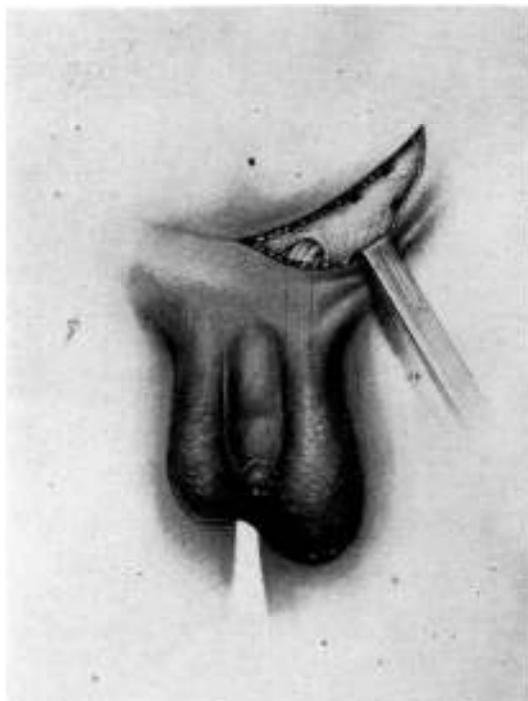
Consideramos ya bien conocidas todas las particularidades propias a esta afección, en lo que se refiere a su anatomía patológica, signos y síntomas clínicos, diagnóstico, etc.

Aconsejamos intervenirse a los enfermos después de una observación metódica y conciente, basados en los siguientes preceptos:

1.º — Enfermos que presentando varicocele tienen concomitantemente una gran caída del testículo y que en razón de sus obligaciones deben permanecer muchas horas a caballo, o trabajar sentados a horcajadas; la posición especial del testículo hace que la glándula pueda

ser sorprendida y fuertemente comprimida contra el plano rígido de la montura, lo cual despierta fuertes dolores y perturbaciones. El cirujano en estos casos procurará siempre corregir la ptosis del testículo que acompaña a la enfermedad y no a la enfermedad misma.

2.º — Aquellos enfermos que teniendo que trabajar muchas horas de pie no pueden soportar el suspensor. Estos pacientes son semejantes a los anteriores, por el hecho que solicitan ser operados para librarse del suspensor, mejorando de la ptosis y de los dolores por tracción,



LAMINA N.º 1

Trazado de la incisión a nivel del pliegue de Venus. Aparece la pared exterior del canal inguinal y el orificio externo con los elementos a la vista.

que ejerce la caída del testículo y la ingurgitación de sus plexos venosos.

3.º — Todos aquellos enfermos que habiendo consultado al cirujano, han seguido el tratamiento médico intensivamente y que no obstante ello no han encontrado alivio a sus males.

4.º — Los enfermos en quienes la dilatación venosa por ingurgitación, dilata en forma tal el canal inguinal que ha favorecido la aparición de una complicación: la hernia. En estos casos el cirujano tratará ambos procesos a la vez.

5.º — En todos aquellos enfermos que siendo portadores de un varicocele observan como complicación la atrofia lenta y progresiva del testículo; pero es necesario que el cirujano recuerde bien las contra-indicaciones de orden psíquico que pueden acompañar estas manifestaciones.

6.º — En todos aquellos enfermos que, no presentando grandes lesiones locales, acusan un estado nervioso especial que el cirujano juzgue factible poder mejorar con la intervención.



LAMINA N.º 2

Manera como se luxa el testículo después de haber dilatado el desfiladero abdomino-escrotal. Retracción del fondo de la bolsa por el ligamento escrotal

7.º — Casos excepcionales que deberán ser juzgados oportunamente, de acuerdo al criterio de cada cirujano.

Como contraindicaciones, seguimos las siguientes:

- a) No operamos nunca enfermos que no hayan ensayado tratamiento médico previo.
- b) Los que soportan bien su proceso, haciendo uso del suspensorio o de medios equivalentes.

- c) Todos aquellos varicoceles que son sintomáticos.
- d) Aquellos pacientes que, además, de su proceso de varicoceles, son portadores de una verdadera diátesis venosa, con todos los trastornos tróficos de los miembros que los acompañan.
- e) Todos aquellos enfermos que, por ser portadores de perturbaciones nerviosas, tengan tendencia a generalizarla.
- f) Aquellos enfermos que se presentan a nuestra consulta con



LAMINA N.º 3

Forma como el ayudante toma el testículo (los dedos de cada mano en los polos correspondientes al testículo). La incisión de la vaginal como se indica en el texto, extendiéndose desde el polo superior al polo inferior del testículo

padecimientos orgánicos diversos, que colocan al varicocele en un segundo plano.

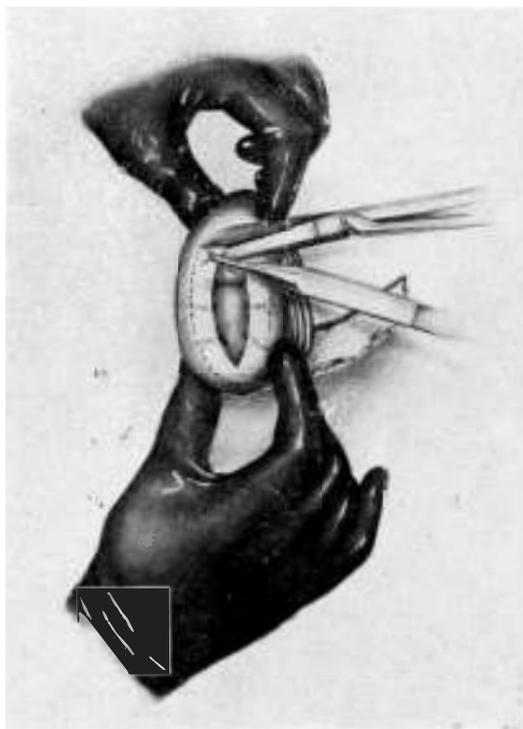
¿Qué procedimiento seguiremos para aliviar a estos pacientes de sus molestias, que en muchos casos los llevan a la hipocondría?

Ignorando las causas productoras de la enfermedad, lógico es que cada cirujano que ha ideado procedimientos, lo haya hecho siempre basado en fines de combatir síntomas, de corregir deformaciones o bien

se haya dejado influenciar por ideas y criterios a veces realmente fantásticos.

Como muy bien dice el profesor Chutro, sucede con el varicocele lo mismo que ocurre con las hernias: ninguno es perfecto. En las hernias, por tener que conservar el canal, y en el varicocele, por la variedad de los síntomas a combatir.

No vamos a analizar los múltiples procedimientos que se conocen para el tratamiento de la afección que consideramos; sólo diremos que,



LAMINA N.º 4

Indicación de la forma como se incide el colgajo de la vaginal. Ligadura de todos los vasos que sangran. La línea con puntos indica el trazado de la incisión que termina dando al colgajo una base amplia

para el tratamiento del varicocele, el procedimiento más racional lo consideramos aquél, que haciendo una suspensión indolora del testículo, practique el estrechamiento del canal inguinal. Estas condiciones las resume el procedimiento de Posadas, insigne maestro argentino, quien dió a publicidad su procedimiento en la tesis del Dr. Cúneo, en el año 1902.

Dispuesto el enfermo para la intervención, se le prepara como se hace corrientemente para las operaciones sobre esta región. Como anestesia, si bien la local es altamente práctica, no la aconsejamos porque el grado de insensibilidad que se consigue siempre es relativo; porque la infiltración de los tejidos retarda la cicatrización de los mismos y, sobre todo, teniendo en cuenta la diátesis venosa que acompaña a estos enfermos; los hematomas son frecuentes, no obstante la prolija hemostasia y las embolias pulmonares se repiten con harta frecuen-



LAMINA N.o 5

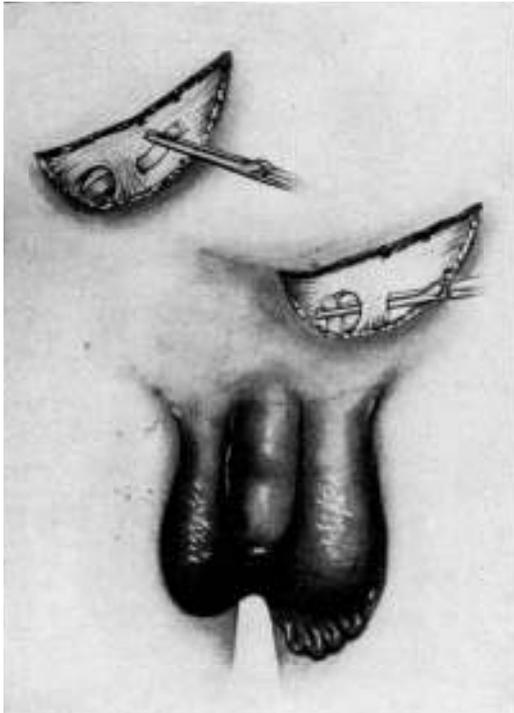
Aparece el colgajo completamente tallado. La pinza de disección lo mantiene levantado. Inmediatamente el ayudante reduce el testículo a su posición primitiva dentro de la bolsa, por el mismo camino que recorrió al salir

cia. La raquianestesia sin contraindicación, a pequeñas dosis, la hemos utilizado en algunas ocasiones. La anestesia general por éter, con el aparato de Ombredanne, la utilizamos casi habitualmente.

La incisión de la piel la colocamos siempre fuera de la región escrotal, porque consideramos que las incisiones sobre el escroto sólo están justificadas cuando se trata de lesiones fistulosas o bien cuando

es menester ir con el bisturí a hacer punciones sobre la cola del epidídimo atacado de blenorragia aguda. En los casos en que nosotros intervenimos por lesiones del testículo, de la vaginal o del epidídimo, la incisión la colocamos siempre en la región ínguino-abdominal.

Entre las ventajas que presenta hay una que es fundamental: la de poder abordar con toda comodidad la región del canal ínguinal, zona en la cual cumplimos nosotros los tiempos complementarios a este procedimiento.



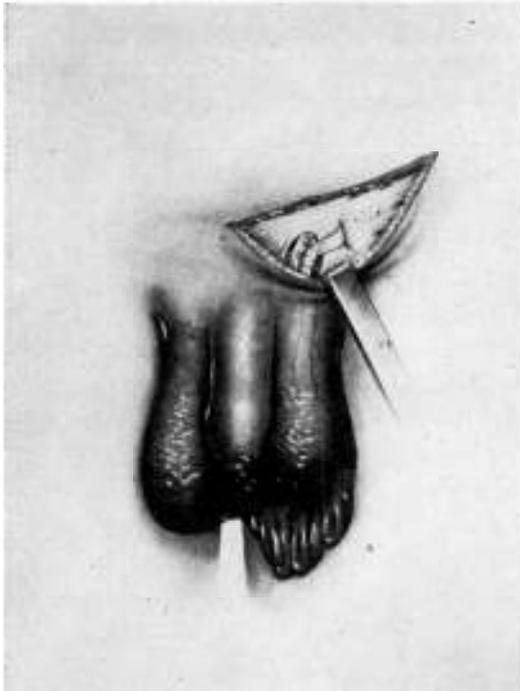
LAMINA N.º 6

- A) La pinza de Kocher pasa a través de un ojal practicado sobre el pilar externo y toma por su extremidad la parte superior del colgajo de la vaginal.
- B) El colgajo es pasado al través del ojal antes practicado para luego suturarlo sobre sí mismo.

La incisión es algo curva, con una concavidad dirigida hacia arriba y hacia adentro, orientada en el sentido transversal, con una extensión de ocho a diez centímetros, tratando de colocarla enfrente del orificio externo del canal ínguinal, es decir, más o menos por debajo del pliegue de Venus. Esta incisión corresponde a piel, tejido celular y fascia superficialis en toda la extensión de la herida. Se seccionan algunas

ramas de la arteria subcutánea abdominal y algunas venas que se ligan.

Incindida la fascia superficialis, se insinúa el dedo índice primero, y después el índice y el mediano, dirigiéndolos hacia la región escrotal, en contacto con los elementos del cordón y pasando por delante de ellos. Se salva con toda facilidad el pequeño estrechamiento que existe a nivel de la raíz del escroto. Se toman entonces con los dedos los elementos del cordón y se traccionan suavemente hacia la herida;



LAMINA N.º 7

Esta lámina muestra como queda el colgajo una vez que se han aplicado los puntos de sutura sobre sí mismo. Al mismo tiempo se observa en la línea marcada con puntos la posición en que queda el testículo una vez practicada la pexia. Retracción concomitante del escroto

al mismo tiempo que con la otra mano levantamos y comprimimos suavemente la región escrotal cubierta por una compresa, hasta conseguir la luxación del testículo, dejando bajo la vista toda la superficie externa de la vaginal.

Las venas quedan libradas a su propia suerte en el procedimiento que estudiamos. El profesor Chutro, en un principio, agregaba siste-

máticamente la resección segmentaria de las venas que corresponden al grupo anterior, reuniendo en unos casos los muñones venosos, y, en otros, los abandonaba, sin haber encontrado ventajas recíprocas. En otras oportunidades sustituía la resección segmentaria por ligaduras múltiples escalonadas, sin haber obtenido mayor beneficio con esa técnica.

Manifiesta el profesor Chutro que, poco a poco, fué abandonando las resecciones venosas y en la actualidad no las practica más, y como consecuencia de esta conducta, dice no haber visto ni haber tenido peores resultados que antes y, en cambio, le parece haber ganado desde la función del testículo hasta la simplificación de la técnica. Nosotros seguimos estos consejos con óptimos resultados.

La forma cómo se talla el colgajo y cómo lo utiliza después, son las bases de la originalidad y bondad del procedimiento de Posadas: El ayudante mantiene el testículo luxado en forma tal que se evite toda torción del pedículo (figura 3); con el bisturí el cirujano practica una pequeña incisión longitudinal en la parte media de la cara anterior de la vaginal, y una vez que ve salir líquido o percibe el íleo de la albugínea, con tijera agranda la incisión longitudinal hasta darle como mínimo una extensión de dos a tres centímetros, acercándose con la cola superior lo más que sea posible al polo superior de la glándula. Como resultado de esta incisión, queda una abertura losángica y si es muy grande el testículo se luxa con toda facilidad.

El cirujano con la tijera y por el extremo superior de la incisión, introduce una de las ramas de la misma en dirección a la línea media y en forma normal a la primitiva incisión hace otra incisión transversal de un centímetro o más de extensión; la misma tijera girando de 90° y siguiendo entonces un trayecto recurrente o descendente, entalla la vaginal manteniendo siempre una distancia igual de la incisión primera, es decir, más de un centímetro. Esta segunda incisión es paralela a la primera y este paralelismo es imprescindible para que el colgajo que vamos trazando tenga la misma anchura en toda su extensión, salvo al llegar a la base, punto en el que aconsejamos, si es posible, un doble ancho.

Mientras el cirujano va haciendo estas incisiones para tallar el colgajo, el ayudante, con pinzas de Kocher, irá tomando los troncos de los distintos vasos que se seccionan.

El colgajo que acabamos de trazar tiene todo el espesor de la vaginal y de la fibrosa que la dobla: es, por lo tanto, suficientemente resistente y, en segundo lugar, la anchura de su base le permite una

irrigación sanguínea que ponga a cubierto su vitalidad. Se ligan los vasos que se pinzaron y el testículo queda desnudo dado que la vaginal se invierte espontáneamente. En este momento, si se quiere, pueden colocarse algunos puntos a los efectos de que la eversión de la vaginal sea completa.

El colgajo que hemos tallado es perfectamente reparado en su extremo distal por una pinza de Kocher. El ayudante con un separador de Farabeuf entreatre el camino hacia el escroto y el cirujano, ejerciendo una suave presión sobre el testículo, lo lleva a éste a su sitio habitual. En este momento, si ejercemos ligeras tracciones con el colgajo, podremos comprobar el ascenso y el descenso del testículo y es en este instante en el cual el cirujano debe calcular la altura máxima a que debe llegar la glándula (tener bien presente que debe serlo siempre a un través de dedo por debajo del pubis).

Como se observa en la figura correspondiente, se hace con una pinza de Kocher cerrada la transfixión de uno de los pilares del orificio externo del canal inguinal; aconsejando se practique ésta sobre el pilar externo, si bien puede hacerse igualmente sobre el interno. Se toma la extremidad del colgajo vaginal con la pinza antes indicada y se le hace pasar por el ojal que hemos practicado con la misma. En este momento volvemos a verificar si el testículo mantiene la posición que deseamos y de inmediato procedemos a suturar el colgajo sobre sí mismo con varios puntos de seda fina, como lo muestra la figura correspondiente.

Decía Posadas, "se crea así un asa viviente y resistente que es capaz de mantener al testículo suspendido durante toda la existencia".

Como en los enfermos que tratamos, la distensión de los vasos venenos, da como resultante la dilatación del canal inguinal y ésta a su vez predispone al sujeto hacia los procesos herniosos, aconsejamos estrechar y reforzar las paredes del canal con una serie de puntos en U que pleguen la pared anterior del canal a la manera como lo enseñaba el mismo Posadas. Cuidadosa refacción de la fascia superficial con puntos separados de catgut fino, terminando la intervención reuniendo la piel con agrafes.

Como resultante de la intervención no hemos nosotros observado nunca la atrofia o fenómenos de orden funcional que puedan ser atribuidos a la operación en sí; en cambio, hemos observado que la glándula poco después de operada recuperaba su volumen y consistencia normales.

Se podría objetar a este procedimiento que, en el caso que el cirujano se encontrara con un proceso de paquivaginitis, la maniobra para tallar el colgajo fuera imposible: demás está decir que en estos casos la operación no es factible. Felizmente, hasta este momento, no se nos ha presentado este caso.

Posadas aconsejaba en algunos casos excepcionales la resección segmentaria del escroto. Nosotros no la hemos practicado nunca, no obstante haber observado casos donde el escroto tenía dimensiones realmente extraordinarias. Estos enfermos seguidos durante un tiempo largo (un año en alguno de ellos), han permitido observar la retracción del escroto en forma muy satisfactoria.

Estudiado el procedimiento vamos a recalcar las ventajas que representa: 1.º) La de actuar sobre el hidrocele sintomático liberando a la glándula del mismo y de la presión del varicocele parietal; 2.º) La de hacer pexia de la glándula con un tejido indiferente al dolor, por medio de un tejido vivo que no se distiende y que sólo excepcionalmente se rompe; 3.º) La conservación de todo el sistema vascular sin irritar en lo más mínimo los plexos simpáticos; 4.º) La posibilidad de reforzar el canal inguinal y de tratar la hernia concomitante, si es que ésta se presenta.

Como fracaso de operación nosotros no hemos tenido felizmente ninguno. El profesor Chutro, que ha empleado este procedimiento en la pasada guerra europea, aplicándolo centenares de veces en los soldados que partían para el frente y en su larga carrera profesional, sólo cita los siguientes: un enfermo que, después de seis años de operado y a raíz de un violento esfuerzo, sintió un agudo dolor en su testículo izquierdo y que éste cayó de golpe al fondo de la bolsa; y un segundo caso, que se produce en forma semejante, con ruptura del asa viva. En otros tres enfermos ha observado la producción de hidroceles tabicados por encima del polo superior, como se suele ver en algunas hernias líquidas.

En cambio, hemos visto muchos enfermos tarados de su sistema nervioso, curarse completamente, como los casos 13 y 16 de nuestras observaciones.

No debemos tampoco olvidar que a estos enfermos hay que mejorarles sus condiciones de vida, aun después de operados: especial atención a su parte sexual, régimen alimenticio bien reglado, evacuar diariamente el intestino, administrar hidrastis o bien yoduro de potasio, duchas frías en la columna vertebral y en el periné, frotaciones energéticas con esponja de goma y agua fría, tratando de sugestionar

al paciente a fin de combatir sus ideas hipocondríacas. El profesor Chutro aconseja igualmente la supresión del colchón elástico por uno rígido y dormir con las ventanas abiertas, invierno y verano. A todos ejercicios al aire libre.

Adjuntamos una serie de casos personales, en los cuales hemos hecho sistemáticamente el procedimiento que indicamos, con lo cual creemos dar una prueba de la bondad de un procedimiento que, ideado por un ilustre maestro, no ha sido todo lo generalizado que sería de desear, dada la bondad del mismo, su técnica tan simple y los resultados tan perfectos.

-
1. — L. L. 17 años, argentino, soltero, estudiante.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Setiembre 1924.
 2. — M. S. 16 años, argentino, soltero, estudiante.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Setiembre 1924.
 3. — N. T. 16 años, argentino, soltero, estudiante.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Enero 1925.
 4. — A. R. 16 años, argentino, soltero, estudiante.
 Diag.: Varicocele y hernia inguinal oblicua externa izquierda.
 Oper.: Cura radical de su hernia y varicocele por el procedimiento de Posadas. Enero 1925.
 5. — A. H. M. 14 años, argentino, soltero, estudiante.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Curado.
 6. — J. L. L. P. 14 años, argentino, soltero, estudiante.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Curado.
 7. — E. V. 19 años, argentino, soltero, mecánico.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Noviembre 1925.
 8. — S. P. 19 años, argentino, soltero, empleado.
 Diag.: Varicocele. Hernia inguinal oblicua externa izquierda.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Cura radical de su hernia por el mismo procedimiento. Curación.
 9. — J. C. 25 años, brasileño, casado, comerciante.
 Diag.: Varicocele.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Curado.
 10. — A. G. C. 28 años, argentino, casado, empleado.
 Diag.: Varicocele izquierdo.
 Oper.: Procedimiento de Posadas. Curado.
 11. — R. G. 20 años, argentino, soltero, empleado.
 Diag.: Varicocele izquierdo.